

„MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI DREWNICA” SP. Z O.O

05-091 ZĄBKI UL. RYCHLIŃSKIEGO 1

Kancelaria – tel. 419 72 46; fax: 22 419 70 04

Dział Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej– tel. 22 419 71 92

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach „Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego Drewnica” Sp. z o.o, dotyczącej:

- mnie**
- osoby, której jestem prawnym opiekunem**
- osoby, która upoważniła mnie do uzyskania dokumentacji medycznej**

FORMA UDOSTĘPNIENIA:

- kserokopia**
- do wglądu**
 - z wykonaniem fotokopii**
- wyciąg/odpis**

DANE PACJENTA (proszę wypełnić drukowanymi literami)

Imię i nazwisko

PESEL

DANE OSOBY ODBIERAJACEJ

- odbiór osobisty**
- odbiór przez osobę upoważnioną w historii choroby**

Pan/Pani.....legitymujący/ca się dokumentem tożsamości nr.....

- odbiór przez inne osoby niż wnioskodawca**

Upoważniam Pana/Panią legitymującą się dokumentem tożsamości nr do odbioru mojej dokumentacji medycznej.

RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- karta informacyjna nr**
- historia choroby nr**
- inne**

Na podstawie art. 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z dnia 31 marca 2009 r.) za sporządzenie kserokopii dokumentacji medycznej pobierana jest opłata.

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji medycznej.

.....
Data, czytelny podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE ODBIORU /UDOSTĘPNIENIA (wypełnić przy odbiorze)

Potwierdzam odbiór/udostępnienie dokumentacji medycznej.

.....
Data, podpis czytelny osoby odbierającej

Imię, nazwisko i podpis osoby udostępniającej dokumentację

.....